

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1921-1922. — N° 101

---

# DES THROMBO-PHLÉBITES

Des veines orbitaires et du sinus caverneux

*Consécutives aux furoncles de la région frontale*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Michel COSTE**

Né à Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orientales), le 3 février 1893.



TREVoux  
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—  
1922



DES THROMBO-PHLÉBITES  
DES VEINES ORBITAIRES ET DU SINUS CAVERNEUX  
CONSÉCUTIVES AUX FURONCLES DE LA RÉGION FRONTALE



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1921-1922. — N° 101

---

# DES THROMBO-PHLÉBITES

Des veines orbitaires et du sinus caverneux .

*Consécutives aux furoncles de la région frontale*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mars 1922

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Michel COSTE**

Né à Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orientales), le 3 février 1893.



TRÉVOUX  
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—  
1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Doyen honoraire..... | M. HUGOUNENQ.  |
| Doyen.....           | MM. J. LEPINE. |
| Assesseur.....       | ROQUE.         |

## Professeurs honoaires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT.

## Professeurs

|                                                        |   |                 |
|--------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales.....                               | } | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales .....                          |   | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et accouchements.....            |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                          |   | TIXIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....   |   | BERARD.         |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....            |   | COMMANDEUR.     |
| Clinique des maladies des enfants.....                 |   | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....                  |   | NICOLAS.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                 |   | LEPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....         |   | WEILL.          |
| Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....    |   | POLLOSSON (A.)  |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie..... |   | LANNOIS.        |
| Chimie biologique.....                                 |   | ROCHET.         |
| Chimie organique et toxicologie.....                   |   | NOVE-JOSSERAND  |
| Matière médicale et botanique.....                     |   | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....      |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie.....                                          |   | MOREL.          |
| Anatomie générale et histologie.....                   |   | MOREAU.         |
| Physiologie.....                                       |   | GUIART.         |
| Pathologie interne.....                                |   | LATARJET.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....             |   | POLICARD.       |
| Anatomie pathologique .....                            |   | DOYON.          |
| Médecine opératoire .....                              |   | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée.....                |   | MOURIQUAND.     |
| Médecine légale.....                                   |   | PAVIOT.         |
| Hygiène.....                                           |   | VILLARD.        |
| Thérapeutique .....                                    |   | ARLOING (F.).   |
| Pharmacologie.....                                     |   | ETIENNE MARTIN. |
|                                                        |   | COURMONT (P.).  |
|                                                        |   | PIC.            |
|                                                        |   | FLORENCE (A.).  |

## Professeurs titulaires sans chaire

|                      |                                   |           |
|----------------------|-----------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de | Pathologie externe.....           | VALLAS.   |
| —                    | Propédeutique de gynécologie..... | CONDAMIN. |
| —                    | Chimie minérale.....              | BARRAL.   |
| —                    | Urologie .....                    | GAYET.    |

## Chargés de cours complémentaires

|                                                     |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| Anatomie topographique.....                         | PATEL.      |
| Botanique.....                                      | BRETIN.     |
| Embryologie .....                                   | HOVELACQUE. |
| Orthopédie .....                                    | LAROYENNE.  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.     |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.    |

## Agrégés

|                  |                   |               |                                   |
|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------------|
| MM.              | MM.               | MM.           | MM.                               |
| NOGIER.          | GARIN.            | DUROUX.       | CORDIER.                          |
| BRETIN.          | SAVY.             | HOVELACQUE.   | ROUBIER.                          |
| LERICHE.         | FROMENT.          | TRILLAT.      | FAVRE.                            |
| THEVENOT (Léon). | THEVENOT (Lucien) | SARVONAT.     | MURARD.                           |
| TAVERNIER.       | PIERY.            | FLORENCE (G.) | BONNET.                           |
| GADE.            | COTTE.            | ROCHAIX.      | GRAVIER, chargé<br>des fonctions. |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président*; THÉVENOT Léon, *Assesseur*;  
MM. DUROUX et BONNET, *agregés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*C'est à leurs sacrifices que nous devons  
la plus belle et la plus noble des carrières.*

*Nous leur dédions notre thèse comme  
modeste témoignage de profonde tendresse  
et d'infinie gratitude.*

A CEUX QUI NOUS SONT CHERS



## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

### MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur.

*Nous le remercions respectueusement de son enseignement clinique si précieux pour nous et de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.*

### A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BONNET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur.

*C'est à lui que nous devons l'idée et la direction de ce travail.*

*Nous tenons à le remercier ici de l'aide si précieuse qu'il n'a cessé de nous apporter, du charme et de la cordialité qu'il mit dans nos rapports.*

## A MES JUGES

## A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON



## INTRODUCTION

---

S'il est tout à fait établi que les furoncles de la lèvre supérieure se compliquent dans certains cas, exceptionnels d'ailleurs, de thrombo-phlébite des sinus caverneux, on sait moins que d'autres anthrax de la face sont susceptibles de donner les mêmes complications.

On s'imagine souvent que cette crainte de la thrombo-phlébite est exagérée et qu'elle n'est signalée sur les livres que sur la foi des anciens auteurs qui l'auraient, une fois par hasard, constatée. Il n'en est rien ; il faut avoir observé une de ces terribles complications pour croire enfin à leur réalité et à l'extrême danger qui assombrit le pronostic de la lésion, aussi banale, aussi bénigne le plus souvent qu'est le furoncle de la face.

C'est dans le but d'éveiller l'attention sur cette complication possible, au cours des furoncles de la région frontale, que nous avons entrepris notre travail :

Un jour fut amenée dans la clinique de M. le Professeur Tixier, alors suppléé par M. le Professeur agrégé Bonnet, une jeune femme récemment accouchée. Elle était dans un état de délire tranquille, complètement inconsciente ; au cours de la nuit précédente elle avait vomi, elle perdait ses matières, les deux globes oculaires saillaient en avant, immobiles. Le diagnostic de thrombo-phlébite des sinus caverneux s'imposait.

On chercha la porte d'entrée de l'infection : Un petit furoncle de la région frontale, minuscule, sans aucune inflammation alentour, était recouvert d'une petite croutelle qui laissait voir un bourbillon inclus dans le derme ; une trainée brunâtre se dessinait sous les téguments et conduisait vers l'angle interne de l'orbite. Ce petit furoncle était, sans aucun doute, la cause de la thrombo-phlébite et le pronostic semblait désespéré. Une intervention directe sur l'orbite n'empêcha pas la mort de survenir dans la journée même.

Le tableau saisissant de cette malade resta fixé dans l'esprit de tous ceux qui l'observèrent ; la disproportion était tellement flagrante entre la gravité de la thrombo-phlébite et la bénignité apparente de ce furoncle insignifiant, que l'on ne pouvait se défendre d'un certain étonnement et qu'il était impossible de ne point conserver une certaine terreur — ce terme n'est pas exagéré — du furoncle de la face.

M. le Professeur agrégé Bonnet nous confia le soin de rechercher s'il s'agissait là d'une complication

fréquente, et s'il fallait vraiment englober dans la même crainte tous les furoncles de la face. C'est ce travail que nous avons entrepris : Son but est modeste, il se propose de mettre en garde contre l'apparente bénignité des furoncles du front.

Il consistera essentiellement dans l'apport de quelques observations, que des recherches bibliographiques fatalement incomplètes, malgré le soin que nous avons apporté à les conduire, nous ont permis de réunir ici.

Nous noterons, chemin faisant, les quelques particularités signalées dans l'évolution de la lésion, dans la diffusion de l'infection hors du système veineux, et nous envisagerons s'il est possible de trouver dans l'anatomie des veines de la région, quelques bases à une proposition thérapeutique.

---

## CHAPITRE PREMIER

**Les furoncles du front, au même titre que les furoncles de la face, sont susceptibles de se compliquer de phlébite des veines orbitaires et du sinus caverneux.**

Les observations que nous apportons montrent que cette complication, rare sans doute, et fort heureusement, n'est point absolument exceptionnelle.

### OBSERVATION I

*Recueillie dans la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Tixier. Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bonnet.*

**Thrombo-phlébite du sinus caverneux, consécutive à un furoncle de la région frontale.**

Louise C..., âgée de 37 ans, est amenée le samedi 28 août 1920, à midi et demi, dans la clinique de M. le Professeur Tixier, alors suppléé par M. le Professeur agrégé Bonnet.

Elle est dans un état d'extrême prostration et de délire tranquille; l'on est tout d'abord frappé par la tuméfaction considérable des deux orbites. Son mari, qui l'accompagne, nous apprend que depuis cinq jours (mardi 24) son état est devenu subitement grave.

Cette jeune femme, mère de neuf enfants, a accouché il y a trois semaines normalement, sans que rien de pathologique n'ait marqué les suites de couches.

Depuis une dizaine de jours, elle portait un petit furoncle de la région frontale, à 3 cent. environ au-dessus du sourcil droit; l'entourage n'y prêta pas attention, et c'est la recherche systématique de la porte d'entrée de l'infection actuelle, qui fait en effet découvrir, encore inclus dans le derme, sans saillie appréciable, un petit bourbillon verdâtre.

Il y a cinq jours, la malade se plaignait de maux de tête, les globes oculaires devinrent saillants, les paupières tuméfiées.

Actuellement on constate : du côté droit gros œdème violacé des paupières, du chémosis, la pupille est normale, se contracte faiblement, la vision est partiellement conservée; du côté gauche, protusion du globe de l'œil, la pupille dilatée à l'extrême est immobile, la vision n'est pas cependant absolument supprimée.

En présence de tels symptômes, on porte le diagnostic de thrombo-phlébite des sinus caverneux; le pronostic semble fatal, et l'on renonce à une intervention directe sur le sinus caverneux. Cependant, en raison de l'œdème considérable qui existe sur le côté droit, on espère, en incisant l'orbite, trouver du pus.

Sous anesthésie générale à l'éther, le docteur Bonnet, aidé du docteur Gaillard, interne des hôpitaux, pratique une incision dans la partie supéro-externe de l'orbite; on ne trouve pas de pus, mais de minuscules abcès miliaires sous le derme et dans le tissu cellulaire de l'orbite.

La malade succombe le lendemain matin à 7 heures. Depuis l'opération son état ne s'est pas amélioré, la malade est restée dans cet état de subdélire tranquille, présentant une hyperthermie considérable, 40°7, un pouls à 120.

Le 30 août, autopsie pratiquée par M. le docteur Bonnet.

Au niveau de la région frontale, on retrouve le petit furoncle; point de départ de l'infection; c'est un minuscule bourbillon, gros comme un grain de mil; à son voisinage immédiat la veine sus-orbitaire est enflammée, violacée, thrombosée, puis lorsqu'on se dirige par une dissection progressive dans la direction de l'orbite, elle devient rapidement purulente. Autour même de la veine et jusque sur l'os, se trouvent de petits abcès

miliaires contenant du pus franc, véritable périphlébite à foyers circonscrits. La veine angulaire elle-même renferme du pus, puis la veine ophtalmique supérieure que l'on cesse de poursuivre à ce moment.

En partant du confluent de la veine sus-orbitaire et de la veine angulaire, on remonte le cours de la veine faciale jusque vers le milieu de la joue ; cette veine faciale présente elle aussi les mêmes caractères de thrombose suppurée, elle a l'apparence d'un cordon dilaté et grisâtre.

Après ablation de la calotte crânienne, on incise le sinus longitudinal supérieur dont la lumière renferme du sang liquide mais pas de pus.

Après incision de la dure-mère, on va sectionner le bulbe ; l'examen de la face inférieure du cerveau montre la présence de fausses membranes purulentes, au niveau de la face antéro-inférieure du bulbe et de la protubérance. Des coupes du cerveau ne montrent pas d'abcès cortical. Les plexus choroïdes sont rouges. La dure-mère est ensuite décollée facilement au niveau des bosses orbitaires et de la face supérieure de l'ethmoïde jusqu'aux apophyses clinoides antérieures et du bord postérieur des petites ailes du sphénoïde. Puis, on fait sauter au ciseau et à la gouge le plafond de l'orbite droite. La capsule de Tenon est incisée et se montre épaissie et œdémateuse. On recherche la veine ophtalmique que l'on suit facilement jusqu'à la fente sphénoïdale : elle apparaît tendue et dilatée du volume d'une artère radiale, de coloration brun grisâtre. Son incision montre un contenu qui n'est pas franchement purulent, mais constitué par un mélange de sang et de pus. Des affluents ethmoïdaux (veines ethmoïdales) sont également thrombosés, de même que la veine ophtalmique inférieure, surtout au niveau de son embouchure dans la supérieure. Autour de la veine ophtalmique et dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite, on trouve deux ou trois petits abcès miliaires à contenu franchement purulent.

Le sinus caverneux droit est ensuite ouvert par sa face supérieure ; il se montre rempli d'un contenu brun grisâtre de caillots et de pus mélangés. On est frappé de l'apparence vraiment spongieuse de la cavité sinusale, qui revêt l'aspect d'une éponge gorgée de pus et de sang, n'ayant que peu de tendance à faire issue au dehors par l'incision de la paroi sinusale.

L'artère carotide interne est trouvée appliquée contre la paroi antéro-interne du sinus et semble être à parois très mince, mais elle n'est pas thrombosée.

Le sinus caveux gauche présente le même aspect. De même le sinus coronaire par où a dû se faire la propagation. Les sinus pétreux supérieurs et inférieurs, sont également thrombosés et on trouve un gros caillot de teinte grisâtre, presque purulent dans le sinus latéral droit, au niveau de l'embouchure du sinus pétreux supérieur.

L'examen des autres organes ne montre que les effets d'une infection générale : gros reins congestionnés, foie gros et mou ; grosse rate ; un peu de liquide péricardique ; nulle part on ne trouve d'abcès métastatique. Les poumons à la coupe ne montrent pas d'infarctus septique récent, mais seulement à la base droite deux noyaux corticaux noirâtres qui sont probablement les résidus d'infarctus anciens.

## OBSERVATION II

*Observation de Poland, notée par M. le Professeur Rollet, dans son article sur la Thrombo-phlébite orbitaire.*

(Encyclopédie Française d'Ophtalmologie, 1909).

### **Thrombo-phlébite des veines ophtalmiques et du sinus caveux.**

Cette observation a été publiée en 1857, dans *l'Opht. Hospital. Report*. Journal anglais que nous n'avons pas pu retrouver.

Il s'agissait d'une thrombo-phébite orbitaire causée par un petit abcès frontal, reliquat d'un érysipèle facial guéri. La mort survint au sixième jour après le début de la phébite frontale.

On constata à l'autopsie l'envahissement par le pus du sinus caveux. On pouvait même suivre le pus jusqu'à la surface supérieure du cerveau où siégeait un ramollissement provoqué par de petites thromboses veineuses.

A la dissection de l'orbite, on constata dans le tissu cellulx rétro-bulbaire, l'existence d'une exsudation inflammatoire

de mauvais aspect qui imbibait ce tissu, sans cependant qu'il y eut aucune tendance à la formation d'un pus de bonne nature.

### OBSERVATION III

*Dubreuil, aide d'anatomie, interne des Hôpitaux.*

*(Gazette Hebdomadaire, 20 novembre 1863).*

**Furoncle de la partie inférieure du front; phlébite des veines fronto-pariétales et de la veine ophtalmique droite. Exopthalmos. Abscess de l'orbite et de la tempe.**

Fechene, journalier, âgé de 58 ans, salle Ste-Marthe, n° 74, Hôtel-Dieu; service de M. Laugier, remplacé par M. Foucher.

Ce malade a été envoyé à l'hôpital le 25 octobre 1863, par la Préfecture de police. Il avait été pris en flagrant délit de mendicité.

Il est complètement chauve et paraît bien plus âgé qu'il ne l'est en réalité. Cette caducité précoce doit sans doute être rapportée à l'extrême misère et aux privations de toute espèce auxquelles il est condamné depuis nombre d'années.

Il parle peu français et paraît dans une sorte d'hébétude; on n'obtient en l'interrogeant que des réponses très brèves; sa mémoire paraît affaiblie.

Il dit être malade depuis un mois et avoir eu toute la tête enflée. Depuis quelques jours l'enflure avait diminué et il se trouvait mieux. Pressé par la faim, il s'est levé pour mendier, et c'est alors qu'il a été pris par la police. Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir à ce moment-là.

Voici maintenant ce que j'ai pu constater le 25 octobre à la visite du soir :

Le gonflement de la face a en grande partie disparu, mais il reste encore une tuméfaction énorme des paupières de l'œil droit, qui recouvrent à peu près complètement le globe oculaire; en les écartant, ce qui ne peut être fait qu'avec difficulté, on aperçoit un chémosis énorme; la conjonctive qui le forme est rouge et encadre le globe oculaire qui est lui-même sensi-

blement projeté en avant et complètement immobile. La cornée est saine et transparente ; la partie inférieure de l'iris, qui est contractée et sans mouvement, présente une coloration d'un rouge foncé, produite par une exhalation sanguine qui se continue dans la chambre postérieure. En pressant les paupières, on a une sensation obscure de fluctuation analogue à celle que donnerait un abcès profond, bridé par des parties résistantes.

La région temporale droite est saillante, et l'on y perçoit aussi une fluctuation profonde. A la partie inférieure du front, existe une réunion de tout petits furoncles dont on fait sortir des bourbillons par la pression.

Sur aucun point de la face on ne trouve de trace de desquamation.

De la partie moyenne du front, part de chaque côté une saillie qui va, en s'éloignant de celle du côté opposé, se terminer sur la partie moyenne de la région pariétale. Ces saillies affectent à peu près la disposition d'un V ouvert en haut. Elles sont plus grosses qu'une plume d'oie, sinueuses et fluctuantes dans toute leur étendue. Il est facile de reconnaître là, les veines fronto-pariétales distendues par un liquide. Au point où se termine en arrière la saillie de la veine pariétale droite, on aperçoit deux tout petits furoncles.

Le pouls du malade est à 75 pulsations et assez plein. Les artères sont souples ; la respiration est normale ainsi que le rythme et les bruits du cœur.

Cet homme ne donne aucun signe de douleur pendant les explorations auxquelles on le soumet et dit ne pas souffrir. J'ouvre l'abcès de la région temporale ; il en sort une grande quantité de pus grumeleux.

*Prescriptions.* — Cataplasmes, vin, bouillons, potages, potion cordiale.

26 octobre. — L'ouverture pratiquée à la région temporale a donné issue, pendant la nuit, à une grande quantité de pus.

Le chémosis est toujours le même.

M. Foucher fait parallèlement au bord inférieur de l'orbite une incision par laquelle il s'écoule beaucoup de pus. Les veines frontales comprimées avec le doigt s'ouvrent, l'une à la partie antérieure, l'autre à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Il en sort du pus mal lié ; on les vide et on les aplatit par la pression. Mêmes prescriptions.

Le 27, le malade est dans le même état et ne souffre plus. Le pus s'est reproduit dans les veines. Il en sort très peu de l'orbite; l'abcès de la fosse temporale est tari; la tuméfaction des paupières n'a pas diminué. Le malade mange deux portions.

Le 30, en examinant la portion de conjonctive œdématisée, située au dessus de l'œil, on perçoit une sensation de fluctuation profonde. Un bistouri est enfoncé à 2 centimètres de profondeur au dessus et en dehors du globe oculaire, et cette incision donne issue à du pus phlegmoneux et bien lié.

Les veines frontales ont, au bout de quelques jours, cessé de suppurér, et se sont aplaties de manière à ne plus former aucun relief.

A dater de ce moment jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle j'ai cessé d'observer ce malade, nul changement notable n'est survenu dans son état. Bien qu'il mangeât quatre portions, que les selles fussent régulières, il ne reprenait pas de forces et restait plongé dans un état d'apathie profonde. Tous jours couché, il ne répondait que par monosyllabes.

L'épanchement sanguin qui s'était produit dans les chambres oculaires était en partie résorbé, mais l'iris était resté contracté et immobile. L'infiltration de la conjonctive était à peu près la même et formait autour de l'œil un bourrelet saillant qui l'immobilisait.

*Remarque.* — Cette observation est très intéressante par l'importance de la phlébite des veines frontales, évidente à la simple inspection; par la limitation que semble avoir apportée dans la marche de la phlébite vers le sinus caverneux, l'intervention qui fut pratiquée.

Un phlegmon de l'orbite, en quelque sorte providentiel, localisa l'infection en un abcès résiduel, ce qui sans doute fut la cause de la guérison.

## OBSERVATION IV

*Le Dentu, interne des Hôpitaux. aide d'anatomie.*

*(Tirée de la Gazette Hebdomadaire, 1865).*

Furoncle de la région sourcilière ; phlébite de la veine ophtalmique propagée aux sinus de la base du crâne. Mort.

Le 6 février 1864, le nommé B..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution vigoureuse, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Laugier ; il est couché au n° 40 de la salle Ste-Marthe.

Un furoncle, du volume d'une petite noisette, occupe la partie de la région sourcilière gauche, voisine de la racine du nez ; les paupières du même côté, sont fortement tuméfiées et offrent une coloration d'un rose pâle ; le malade a la plus grande peine à leur imprimer quelques mouvements ; un bourrelet rougeâtre, formé par la muqueuse renversée, bouche l'orifice palpébral et masque entièrement la cornée. En écartant les paupières on aperçoit la conjonctive oculaire soulevée par un chémosis dont la couleur jaunâtre indique manifestement la nature séreuse, et qui empiète un peu sur la circonférence de la cornée ; celle-ci est d'ailleurs intacte.

Le globe de l'œil est dans un état d'immobilité absolue, il est notablement projeté en avant ; l'iris est devenu insensible à l'action de la lumière ; la pupille est contractée, la vision abolie.

La pression du doigt est douloureuse au niveau du furoncle et sur la racine du nez ; l'œil et l'orbite sont le siège d'une gêne considérable. Le pouls est à 90° ; l'intelligence parfaitement nette.

Le malade fait remonter le début de ce furoncle au 28 janvier à peu près ; le gonflement des paupières date du 2 février ; déjà à ce moment la vue était affaiblie.

*Traitement.* — Application de quinze sangsues à la région temporale ; cataplasmes.

7 février. — On constate aujourd'hui à l'œil droit les mêmes

accidents qu'à l'œil gauche, c'est-à-dire œdème inflammatoire des paupières, chémosis séreux, immobilité du globe oculaire, perte de la vue. Le malade a eu cette nuit un léger délire ; son intelligence est moins nette ; ses réponses faciles hier sont devenues confuses et embarrassées ; il se plaint d'une violente céphalalgie ; il n'a pas vomi ; il n'a pas eu de selles depuis son entrée à l'hôpital.

*Traitement.* — Grand vésicatoire à la nuque ; calomel à doses fractionnées ; lavement purgatif.

7 février au soir. — Du côté des yeux, les accidents ne sont pas amendés ; tout au contraire l'exophthalmos a considérablement augmenté ; les pupilles sont contractées ; les fibres de l'iris, des deux côtés, sont dissociées par la sérosité ; la pression sur les globes oculaires ne semble pas douloureuse ; le malade est agité ; il profère des sons inarticulés ; pas de contractures ; pas de vomissements ; salivation abondante. La constipation persiste ; le pouls est à 125 pulsations.

Le malade meurt le soir à dix heures, dans le même état, sans convulsions ni coma.

A l'autopsie, faite trente-six heures après, on constate les lésions suivantes :

Les veines ophtalmiques des deux côtés sont enflammées ; elles contiennent une matière rouge brun, parsemée de stries blanchâtres, qui n'est qu'un mélange de pus et de sang coagulé. Le tissu cellulo-graisseux des orbites est infiltré de sérosité et présente des troubles manifestes d'inflammation dans le voisinage des veines.

On trouve du pus dans les méninges de presque toute la base de l'encéphale, c'est-à-dire à la face inférieure des lobes cérébraux postérieurs, des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe et du cervelet ; le corps et la tige pituitaire baignent dans une assez grande quantité de ce liquide. Le cerveau est légèrement ramolli à sa surface, et la substance grise un peu injectée dans toute son épaisseur.

Les sinus caverneux et coronaire renferment la même matière, demi liquide, d'apparence purulente, que les veines ophtalmiques ; le sinus basilaire est plein de pus non mélangé de sang.

Les autres sinus ne contiennent que quelques caillots noirs

et mous. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent aucune trace d'abcès métastatiques,

## OBSERVATION V

*Le Dentu* (Gazette Hebdomadaire, mai 1865).

**Furoncle de la région fronto-temporale antérieure ; Phlébite du réseau veineux de cette région, du front, des deux orbites, des sinus de la base du crâne ; méningite ; mort.**

Le 11 juin 1864, un jeune homme d'environ 15 ans, envoyé par la Préfecture de police, entre dans le service de M. le Professeur Laugier ; il est au n° 11 de la salle Ste-Marthe.

Il porte à la partie antérieure de la région temporale droite, un gros furoncle recouvert d'une croûte. Le cuir chevelu et la face sont, dans une assez grande étendue, le siège d'un gonflement érysipélateux. La tuméfaction des paupières cache le globe oculaire des deux côtés, mais principalement à droite. Les yeux sont immobiles et projetés en avant ; ils présentent tous deux un chémosis séreux considérable.

Le malade a du délire, mais un délire calme ; il ne répond pas aux questions ; aussi n'avons-nous aucun renseignement sur le début des accidents qu'il présente.

Fièvre intense ; pas de contracture ; pas de vomissements.

Le lendemain 12, rien n'est changé à son état. Il meurt à onze heures du matin.

*Autopsie* faite le 14, quarante-deux heures après la mort. Le réseau veineux des régions temporale droite, frontale et nasale, se montre sous forme de trainées d'un rouge foncé ; ces veines renferment du sang coagulé et paraissent manifestement enflammées ; les veines angulaires, dans leur partie la plus élevée, les veines ophtalmiques dans toute leur étendue, contiennent du pus ; on en trouve également dans le tissu cellulo-adipeux des orbites, autour des veines ophtalmiques, dans les sinus caverneux, coronaire, basilaire, pétreux supérieur droit.

L'inflammation n'a pas été plus loin ; les sinus latéraux sont

intacts et renferment seulement quelques caillots de formation récente.

Le cerveau et en particulier la partie voisine de la scissure de Sylvius, repose sur une mince nappe purulente ; on voit également du pus infiltré dans les mailles de la pie-mère au même niveau ; l'arachnoïde est recouverte de fausses membranes peu épaisses ; il n'y a rien d'anormal à la face supérieure de l'encéphale.

Les poumons présentent un grand nombre de petits noyaux rouges, les uns de la grosseur d'un gros pois, les autres un peu plus volumineux, disséminés à la surface et dans l'épaisseur des organes ; ce sont, à n'en pas douter, des abcès métastatiques en voie de formation. Aucune lésion analogue ne se rencontre dans les autres organes.

L'urine ne contient pas de sucre.

## OBSERVATION VI

*Observation recueillie à la Salpêtrière (service de M. Cruveilhier), par M. Jules Castiaux, interne des Hôpitaux, et rapportée par Reverdin, dans son article Recherches sur les causes de la gravité particulière des anthrax et des furoncles de la face.*

(Archives Générales de Médecine, 1870).

Marguerite P..., âgée de 62 ans, épileptique, entre le 26 mai 1869, au n° 3, salle Saint-Antoine, pour un abcès de la jambe.

La malade avait vu survenir, le 16 mai, sur la face antérieure de la jambe gauche, siège de varices anciennes, une petite grosseur indolente ; trois jours après survenaient de la rougeur, du gonflement, de la douleur. En même temps se déclare un frisson qui se répète les jours suivants. Cette tumeur étant devenue fluctuante fut insuffisamment ponctionnée avec une lancette. La malade fut envoyée à l'infirmerie dix jours après le début.

Toute la jambe gauche est rouge, oedématiée, et le siège de

violentes douleurs. Les ganglions inguinaux ne sont point engorgés, et les veines ne présentent rien de particulier. Incision de 4 centimètres qui permet de constater un décollement de 3 centimètres environ, en tous sens, ainsi que l'épaississement du périoste; mais en aucun point, le tibia n'est à nu.

Les frissons qui avaient marqué le début de la suppuration reparaissent le soir et les deux jours suivants.

Les urines examinées, ne contenaient pas de sucre, mais de l'albumine et du pus.

3 juin. — La plaie de la jambe suppure, laisse sortir des lambeaux de tissu cellulaire mortifié; l'œdème a disparu; la rougeur reste limitée au pourtour de la plaie. Pas de frissons; l'état de la malade est satisfaisant.

Au dessus du sourcil droit, vers la partie moyenne, est apparu un furoncle acuminé, surmonté d'une petite pustule, et reposant sur un empâtement circulaire de 3 centimètres, s'étendant vers le sourcil, et limité par un bord saillant; la peau est rouge et luisante; la pression y détermine de vives douleurs. Céphalalgie, nausées. Pouls 96°; température axillaire 38°.

Le 4, à 4 heures du matin, frissons avec tremblement général; pouls 100°; temp. axillaire, 38,6.

Le 5, le gonflement œdémateux s'est étendu aux paupières et à la joue correspondantes. La pression fait sortir avec peine, par le point saillant, du pus grumeleux. Diarrhée; pas de frissons. Matin, pouls, 90°; temp. axillaire, 38°. Soir, pouls, 100°; temp. axillaire, 39°.

Le 6, le gonflement gagne l'œil gauche. Le pus s'écoule difficilement par la pression. Matin, pouls, 88°; temp. axillaire, 38°4. Soir, pouls, 110°; temp. axillaire, 39°2.

La plaie de la jambe, qui commençait à bourgeonner, a pâli; la suppuration est moins abondante, séro-purulente; l'œdème reparaît à la jambe.

Le 7, large incision au point le plus saillant du furoncle. Soir, pouls, 100°; temp. axillaire, 39°6.

Le 8, on voit se former du côté du furoncle d'autres points saillants qui, en s'ouvrant, laissent sortir de véritables bourbillons. Matin, pouls, 100°; temp. axillaire, 39°4.

Le 9, la peau se décolle tout autour des ouvertures sponta-

nées. Incisions multiples. La malade est prise de tremblements dans différentes parties du corps ; les lèvres et les doigts sont constamment agités de petites secousses brèves. Elle remue fréquemment dans son lit, se plaint et prononce des mots sans suite. Respiration stertoreuse ; rien à l'auscultation. Matin, pouls, 88° ; temp. axillaire, 38°4. Soir, pouls, 100° ; temp. axillaire, 41°2 ; resp. 40.

Le 10, la malade est dans le coma ; tremblement continu des mains et des lèvres. Les paupières œdématisées, rouges et luisantes sont fermées. A droite, elles sont écartées par un chémosis rouge et saillant.

Matin, pouls, 100°, faible ; temp. axillaire, 40°2 ; resp., 40 stertoteuse.

Soir, pouls, 120 ; temp. axillaire, 40°4 ; resp., 40.

Soir, coma. Tremblement.

Le 11, prostration complète. Pouls, 132, filiforme ; temp. axillaire, 39°4.

Mort.

*Autopsie.* — Du côté de la jambe, on trouve que la suppuration n'a pas dépassé la couche sous-cutanée ; le périoste est épaissi, le tibia est sain. Les veines du membre inférieur saphène, crurale, iliaque, sont saines.

*Région sourcilière.* — La peau est décollée et perforée en plusieurs endroits ; au dessous, foyer de 3 centimètres ; plus en dedans, deux petits foyers de suppuration isolés, avec leur ouverture propre. L'un d'eux se trouve contre la racine du nez. Le péricrâne et les os sont intacts.

La veine sus-orbitaire est volumineuse, remplie de pus. La veine ophtalmique a un calibre deux fois plus considérable que celle du côté opposé ; les parois sont épaisses et dures, ne s'affaissent pas à la coupe. Sa membrane interne est rouge. Elle est remplie de pus presque pur.

Pour en finir avec l'orbite, nous dirons que l'on n'y trouvait point de pus. Le globe oculaire était sain à part le chémosis.

Sinus caverneux droit rempli de pus qui baigne la carotide interne.

Sinus caverneux gauche, renfermant également du pus en petite quantité.

Le golfe de la veine jugulaire du côté droit, renferme du

pus. Quant à la veine jugulaire, elle ne paraît pas en renfermer.

A la base du cerveau, on ne trouve aucune trace de méningite.

A la convexité, suffusion séreuse sous-arachnoïdienne ; les ventricules latéraux sont remplis de sérosité.

*Foie.* — Son tissu est dur, sans abcès métastatiques ; mais à la coupe on voit sourdre des gouttelettes de pus qui proviennent des radicules de la veine porte.

*Rate.* — Très ramollie, noire ; deux infarctus à base adhérente à la surface, présentant à la coupe un tissu granuleux, jaunâtre. Deux petits abcès, de la grosseur d'un pois, renfermant un pus blanc et liquide, sont accolés à la surface.

*Poumons.* — Congestionnés à la partie postérieure. Dans le poumon droit, trois petits abcès sous-pleuraux de la grosseur d'un pois.

*Cœur.* — Dans le ventricule droit, un caillot blanc, mou, diffus, adhérent aux colonnes charnues.

*Reins* atrophies, tous deux en dégénérescence graisseuse. Le rein gauche est moitié plus petit que le rein droit. A leur surface, plusieurs petits abcès.

*Vessie* ramollie, amincie, saillies molles imbibées de pus, taches pigmentaires.

## OBSERVATION VII

*Communiquée à l'Académie de Médecine de Belgique, par le docteur Warlomont, membre titulaire.*

(Annales d'Oculistique, 1871).

### Ophtalmitis phlébique.

J'ai été appelé près de M. Defays, notre collègue, par M. le docteur Jacobs, son médecin traitant, le mercredi 18 de ce mois, c'est-à-dire quarante-huit heures environ avant sa mort. M. Jacobs vint me prendre chez moi à midi et, chemin faisant, me fit connaître ce qui suit :

M. Defays, âgé de cinquante-trois ans, d'une constitution

robuste, jouissant d'une bonne santé habituelle, s'était aperçu, le mardi 10, qu'il lui poussait un furoncle au-dessus et en dedans de la tête du sourcil gauche, au-dessus de la racine du nez. Ce furoncle, de petite proportion, il l'avait manipulé et pressuré dans la pensée de le faire avorter, mais il n'avait fait que l'irriter, le rendre douloureux, et bientôt s'y était manifestée une auréole érysipélateuse qui, le vendredi 13, occupait une partie de la face qu'on peut déterminer en disant qu'un masque loup l'aurait à peu près couverte.

M. Jacobs avait été appelé le samedi 14 ; le furoncle était alors gros comme un pois, à base dure et un peu rouge, se confondant par la couleur avec celle de la peau érysipélateuse qui l'entourait, et très peu douloureux au toucher. L'érysipèle occupait le siège indiqué ; les deux paupières de chaque œil étaient œdématisées, mais le malade les écartait encore facilement ; la peau de la racine du nez était plus reluisante et plus engorgée que celle des autres parties occupées par l'inflammation cutanée, la conjonctive était peu injectée. Les voies gastriques étaient saburrales, la langue blanche, l'appétit nul, le pouls à 80 peu élevé, la peau à peine chaude. Il n'y avait pas eu de frissons au début, ni depuis le séjour au lit, ni de transpiration. Peu de sommeil. Une potion au sulfate de quinine et à l'aconit avait été prescrite avec la diète et des cataplasmes sur le furoncle.

Le dimanche 15, le malade avait déclaré qu'il avait mal dormi ; le pouls avait été trouvé comme la veille à 72-80, la peau érysipélateuse plus rouge et plus tendue, les paupières plus tuméfiées mais susceptibles de s'écarter encore, les conjonctives plus rouges et larmoyantes, l'érysipèle ne s'était pas étendu. Le furoncle avait été incisé et il s'en était écoulé quelques gouttelettes de pus. On avait prescrit un purgatif salin et la continuation des cataplasmes.

Le lundi 16, l'érysipèle avait commencé à rétrocéder, le malade était entouré de ses livres et de ses journaux, qu'il parcourait ; les paupières de l'œil droit étaient presque débarassées ; celles du gauche, au contraire, restaient tuméfiées ; la supérieure gardait l'impression du doigt, la conjonctive était rouge. Le furoncle était en suppuration, mais sans base ou auréole livide qui put faire ou laisser penser qu'il s'agissait d'autre

chose que d'un furoncle inflammatoire simple ; même pouls que la veille.

Le mardi 17, M. Jacobs avait appris que la nuit n'avait pas été bonne ; le sommeil avait été interrompu par des douleurs pulsatives dans l'œil gauche ; les paupières de cet œil n'étaient pas plus tendues et conservaient moins bien l'impression du doigt, mais la conjonctive était plus rouge que la veille et œdématisée dans l'angle externe. La cornée était nette et la vue intacte. L'érysipèle avait pour ainsi dire abandonné complètement le côté droit de la face. Le malade avait eu, la nuit et à la suite de son purgatif, plusieurs selles liquides et, à chaque fois qu'il s'était levé, avait éprouvé un léger frissonnement. Les urines étaient sédimenteuses, peu abondantes, à dépôt rouge briqueté. Le pouls n'avait pas varié.

Le même jour, à cinq heures du soir, les symptômes s'étaient aggravés du côté de l'œil gauche ; la paupière supérieure était plus gonflée et poussée en avant ; elle était séparée de l'inférieure, boursouflée aussi, quoiqu'à un moindre degré par un bourrelet de la conjonctive chémosiée ; le chémosis n'entourait pas la cornée, mais les mouvements du globe manifestement repoussé de sa cavité, étaient fort limités et l'œil était le siège d'élancements fatigants partant de l'orbite. Quelques-unes des veines du front étaient saillantes et l'on pouvait, de l'œil et du doigt, en suivre la trainée. Pas de céphalalgie. Rien à noter du côté du pouls. Dix sangsues derrière l'oreille gauche, avec la recommandation de les laisser saigner longtemps, et des fomentations émollientes tièdes avaient été appliquées.

Le mercredi 18, à sa visite du matin (huit heures), M. Jacobs avait trouvé le malade satisfait et ayant eu une nuit relativement calme, quoique à peu près sans sommeil ; les sangsues avaient bien tiré et le patient leur attribuait la presque cessation des battements et le mieux être où il se trouvait. Mais à côté de cela, les symptômes du côté de l'œil gauche avaient empiré à ce point que, malgré la persistance d'un état général relativement bon — le pouls n'avait pas varié, mais il y avait de l'abattement et de la prostration. — M. Jacobs ne se faisant pas d'illusions sur la gravité du cas, m'avait demandé de joindre mes soins à ceux dont il avait jusque-là entouré, avec tant de sollicitude, son malheureux patient. A midi, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, faciès légèrement plombé, intelligence parfaite. Le malade nous rappelle le commémoratif de son cas et se dit mieux que la veille. Le pouls est à 60, la langue blanche, saburrale, aucun appétit. Il dit n'avoir pas éprouvé de frissons, de chaleur ni de sueur : sa peau, en effet, a la température normale. Le furoncle, incisé depuis plusieurs jours, suppure, mais peu ; sa base n'est pas remarquablement indurée ; l'érysipèle qui l'avait d'abord entouré, n'occupe plus guère que la région de l'œil gauche et paraît éteint. Les veines saillantes signalées plus haut, se remarquent toujours. C'est dans le contenu de l'orbite de ce côté, que semble s'être à ce moment, concentrée la maladie.

Les deux paupières, la supérieure surtout, sont rouges, reluisantes, poussées en avant par le globe de l'œil sur lequel elles sont tendues comme si l'élasticité du caoutchouc les y tenait appliquées, et qui est manifestement expulsé de la cavité orbitaire. Un bourrelet de conjonctive infiltrée et recouvert de matière séro-purulente les sépare. La paume de la main appliquée sur toute cette région et y exerçant une pression modérée et constante, ne le fait point céder ; la cavité orbitaire est occupée et n'admet pas la rentrée du globe. Il est fort difficile de découvrir la cornée ; quand on y est parvenu, en soulevant graduellement la paupière, on la trouve encore parfaitement transparente, mais la conjonctive infiltrée l'entoure d'un bourrelet ; la pupille est largement dilatée et noire, et la vue complètement éteinte. Tout autour du globe, considérablement propulsé en avant, on sent un bourrelet élastique non fluctuant, modérément douloureux, qui part du fond de l'orbite, en occupe la cavité tout entière, et vient faire saillie au dehors.

Quel diagnostic porter dans ces conditions ?

Vu la profession de vétérinaire du malade, une inoculation maligne pouvait venir à la pensée, mais elle ne soutenait pas l'examen, aucun symptôme, en effet, ne répondant à une semblable supposition. Y avait-il phlegmon chronique ou aigu de l'orbite ? Chronique ? la maladie ne datait que de peu de jours ; aigu ? l'absence du cortège des phénomènes locaux et généraux, si intenses dans cette affection, ne permettait pas de s'y arrêter. S'agissait-il d'une ophtalmie purulente ? Au premier aspect on pouvait en avoir l'idée, mais il n'y avait pas

d'écoulement de pus et la propulsion du globe oculaire était de trop. Restait la phlébite de l'orbite et du globe de l'œil, et ce fût là le diagnostic que je portais avec M. Jacobs. L'ophtalmitis ne faisait pas de doute. Or, la science établit que l'ophtalmitis non traumatique est toujours sous la dépendance d'une cause spécifique, presque toujours de l'infection purulente. Cette cause, il n'y avait pas ici à la rechercher bien loin, c'était la phlébite des veines émergeant du furoncle en suppuration.

En présence de ce diagnostic, qui entraînait avec lui un pronostic des plus graves vu le voisinage du cerveau, nous priâmes M. le professeur Deroubaix de se joindre à nous. Il voulut bien voir le malade le soir même, vers huit heures, et nous aider de ses lumières. Le sulfate de quinine fut repris, des embrocations mercurielles et des fomentations émollientes appliquées et nous primes rendez-vous pour le lendemain.

Vingt-quatre heures se passèrent dès lors sans amener d'aggravation; néanmoins, le jeudi matin, la cornée avait perdu de son poli, la pupille était nuageuse, la chambre antérieure rétrécie, la pression intra-oculaire augmentée, l'iris poussé en avant. Evidemment, l'infiltration dont l'orbite était le siège jusque-là, avait également envahi l'intérieur de l'œil et vraisemblablement l'espace compris entre la rétine et la choroïde. Vers 4 heures de l'après-midi, le malade était dans son fauteuil couvert de sueur, mais sans fièvre et presque sans douleur.

Les gencives commençaient à subir l'influence hydrargyrique. A huit heures, rien de nouveau; le mal semblait s'être arrêté et peut-être le malade en serait-il quitte pour l'atrophie du globe.

Vain espoir.... Le vendredi 20, la situation est devenue des plus grave; la nuit a été mauvaise, le malade a été agité, inquiet sur l'issue de sa maladie et il a par moments déliré, les forces sont abattues, le teint plombé, et malgré tout cela le poulx conserve son calme immuable. M. Jacobs vient me prendre à neuf heures du matin; l'œil gauche sur lequel se sont jusque-là concentrés tous les accidents, — il faut remarquer que c'est sur cet œil que portent tous les cas d'ophtalmitis phlébitiques connus dans la science (on n'a jamais su pourquoi)

— est comme la veille, mais l'œil droit est entrepris ainsi que lui, quoique à un moindre degré. Le chémosis occupe l'angle externe, l'œil fait saillie, la pupille est dilatée, mais la cornée claire, et le malade déclare que la vision est bonne de ce côté.

S'en rend-il bien compte encore ?

En présence de cette aggravation qui nous présageait l'envahissement prochain du cerveau, nous résolûmes de faire administrer le malade. A midi, il était dans le coma, la mort survint à 6 heures du soir.

L'autopsie ne put être faite, à notre grand regret.

---

## CHAPITRE II

**Dans quelles proportions les furoncles du front sont-ils susceptibles d'entraîner cette redoutable complication ?**

Sans doute si l'on tient compte de la fréquence extrême des furoncles de la région frontale, la Thrombo-Phlébite est rare, et il ne viendrait pas à l'esprit de la signaler si son extrême gravité ne devait pas conférer aux furoncles de cette région, une proportion de mortalité digne d'être notée.

Parmi les furoncles de la face, d'autres jouissent à très juste titre d'une réputation particulière de gravité, et nous avons été frappés, au cours de nos recherches bibliographiques, de la fréquence — que nous étions loin de soupçonner, malgré l'affirmation des classiques — de cette complication, au cours des furoncles de la lèvre.

La littérature médicale, dans les années qui suivent le travail de Trüde, fourmille d'observations de thrombo-phlébite secondaire aux furoncles de la face. A cette époque, la nouveauté de l'explication pathogénique qui venait d'être révélée, engagea sans doute ceux qui les observèrent, à publier leurs

cas. A l'heure actuelle, la question a perdu de son intérêt, les faits isolés n'ajoutent rien à ce que l'on en sait, aussi les cas ne sont-ils plus, pour ainsi dire, publiés.

Il n'est donc pas possible d'établir une proportion, même approximative, une échelle de gravité des furoncles de la face ; nous nous contenterons donc de signaler la statistique de Reverdin (*Archives générales de Médecine*, 1870).

Reverdin, classant tous les cas mortels qu'il avait pu rassembler, arrivait aux résultats suivants :

« Sur 45 cas mortels dans lesquels le siège de l'anthrax ou du furoncle est nettement indiqué comme siégeant à la face, nous trouvons que dans 29 cas il se trouve aux lèvres, 17 fois à la supérieure, 9 fois à l'inférieure et 3 fois exactement à la commissure labiale. Dans 5 cas, il siège au nez et 2 fois il envahit la lèvre supérieure. Enfin, dans 4 cas il siège à la région temporo-pariétale, dans 3 cas à la joue, dans 1 cas au menton, dans 1 cas à l'angle maxillaire et dans 2 cas à la région frontale ».

---

### CHAPITRE III

**Est-il possible, étant donné un furoncle de la région frontale, de prévoir l'apparition des complications veineuses ?**

a) **D'après le siège.** — Nous croyons pouvoir dire, un peu à priori, car cela n'est pas une conclusion naturelle de nos observations, mais plutôt une déduction des connaissances anatomiques des veines faciales que la thèse de Festal a si bien mises en évidence, qu'un furoncle de la région frontale est susceptible de se compliquer de phlébite des veines orbitaires, lorsqu'il est situé au niveau d'un tronc veineux ou d'un confluent veineux. A ce titre, les furoncles de la région intersourcilière paraissent devoir être pris en considération particulière, le danger semble moindre à mesure que l'on se rapproche des bosses frontales et de la racine du cuir chevelu.

Un aperçu anatomique n'est pas inutile pour graver dans la mémoire un schéma des « zones dangereuses » de la région frontale. Nous voudrions apporter ici des recherches personnelles d'anatomie ou d'expérimentation ; le temps nous a manqué

pour les réaliser, mais les recherches anatomiques si remarquablement faites dans le travail de Festal, et entreprises dans le but particulier d'éclairer la pathogénie de la thrombo-phlébite orbitaire, ont été souvent reprises par d'autres auteurs, en particulier Gaillard, Gurwitsch, Labbé, et suffisamment confirmées, pour qu'il nous paraisse inutile d'en chercher un contrôle personnel.

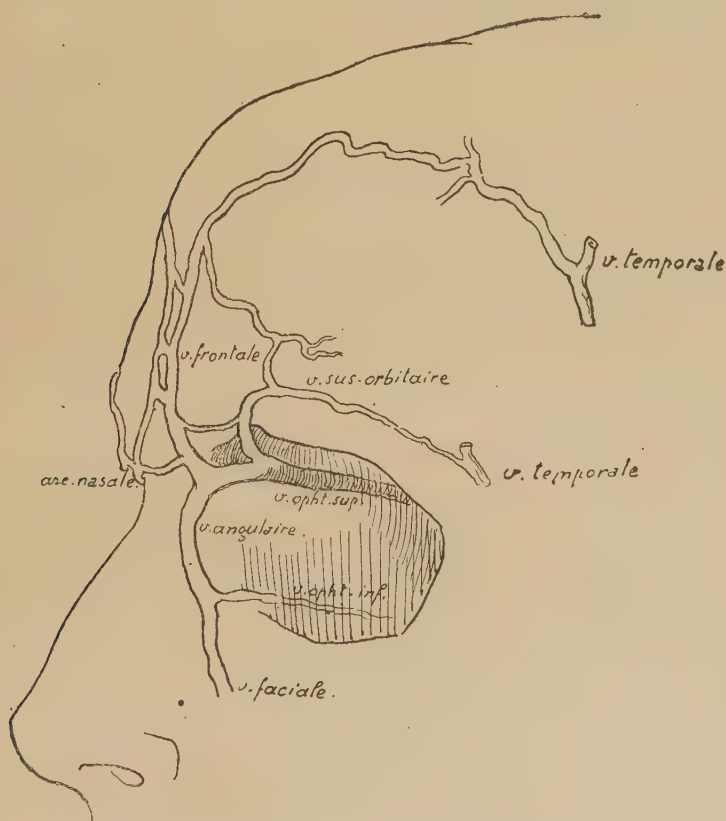
#### APERÇU ANATOMIQUE DES VEINES DE LA RÉGION FRONTALE.

La région frontale est parcourue dans le sens vertical par la veine frontale, cette veine ordinairement impaire, se trouve sur la ligne médiane. Elle ramène le sang des parties molles qui recouvrent le frontal et s'anastomose sur les confins de son territoire : en arrière avec les veines occipitales, sur les côtés avec les branches antérieures des veines temporales, et sur la ligne médiane avec le sinus longitudinal supérieur à travers de petits canaux osseux du frontal.

Cette veine frontale placée entre la peau et le muscle frontal descend presque verticalement. Grâce à sa situation superficielle et à son calibre parfois considérable, elle devient très visible au moindre effort et semble injectée, d'où le nom de « veine préparate » qui lui a été donné. Avant d'atteindre la racine du nez, elle se divise en deux branches qui se dirigent vers chacun des angles internes des yeux. Ces branches passent au-dessus des ligaments palpébraux internes et s'ouvrent dans l'angulaire.

Mais il arrive assez souvent qu'il existe deux veines

frontales, cheminant parallèlement et échangeant entre elles des anastomoses transversales. Ces deux veines cheminent chacune vers l'angle interne de l'œil correspondant pour se jeter dans l'angulaire, ou bien se confondent près de la bosse nasale en un tronc unique et impair qui, d'après Gurwitsch, serait le plus souvent dévié vers l'œil gauche, un simple petit rameau se portant alors à droite.



Peut-être faut-il voir dans cette disposition anatomique : la confluence prédominante à gauche des

veines frontales, signalée par Gurwitsch, la plus grande fréquence à gauche des thrombo-phlébites orbitaires que note Warlomond (encore que cette affirmation mérite d'être vérifiée).

En plus de ces veines frontales, il n'est pas rare de rencontrer de chaque côté deux ou trois vénules issues des parties molles du front, parallèles au tronc principal, et venant se jeter isolément, soit dans l'angulaire, soit dans l'artère transversale reposant sur la racine du nez, soit dans la veine sus-orbitaire.

Dans la partie inférieure du front et dans le sens horizontal, se trouve la veine sus-orbitaire ; c'est une arcade veineuse légèrement concave en bas, qui longe le rebord supérieur de l'orbite et va, de l'apophyse zygomatique, à l'angle interne de l'œil, elle est profondément située sur les muscles orbiculaire et frontal, séparée de l'os par le périoste.

Elle reçoit quelques anastomoses venant des veines de la fosse temporale puis, chemin faisant, des ramuscles venant des paupières et des parties voisines (peau, muscle frontal, rameaux diploïques). Près du grand angle de l'œil la terminaison de la sus-orbitaire est variable : quand la faciale se continue à plein canal avec l'ophtalmique, la sus-orbitaire se dévie en arrière, pénètre dans l'orbite par l'échancrure sus-orbitaire et va rejoindre à angle aigu l'ophtalmique supérieure, après avoir passé au-dessous de la poulie du grand oblique ; d'autres fois, cette veine sus-orbitaire reçoit la veine frontale, acquiert un volume considérable et se bifurque en arrivant au grand angle de l'œil : une de ces branches pénètre

dans l'orbite au-dessus de la poulie et donne naissance à l'ophtalmique supérieure, l'autre se continue à plein canal avec l'angulaire, formant ainsi une sorte de delta.

En somme, le système veineux de la région frontale se présente à nous comme formant un L, la branche verticale étant constituée par la veine frontale, la branche horizontale par la veine sus-orbitaire.

L'angle interne de l'œil est un confluent veineux où aboutissent :

1<sup>o</sup> La ou les veines frontales, avec prédominance d'une branche principale se dirigeant vers l'angle interne de l'œil gauche.

2<sup>o</sup> La veine sus-orbitaire.

3<sup>o</sup> L'angulaire faisant suite à la faciale et aux veines nasales.

Tous ces canaux veineux se réunissent pour former l'ophtalmique supérieure qui elle-même aboutit aux sinus caverneux.

#### b) D'après l'aspect extérieur du furoncle.

— On peut se poser la question : un furoncle superficiel déjà acuminé, prêt à s'ouvrir à l'extérieur, présente-t-il les mêmes dangers qu'un furoncle inclus dans le derme sans tendance à s'extérioriser ?

Il nous paraît impossible, en nous basant sur un aussi petit nombre de cas, d'y répondre.

c) D'après le traitement institué. — Parmi les causes essentielles susceptibles d'assurer au maximum la diffusion veineuse de l'infection, se trouvent

les manœuvres intempestives d'expression, les incisions superficielles et incomplètes. On peut être assuré qu'un furoncle a d'autant plus de chances d'essaimer par voie veineuse, que des manœuvres d'expression auront disséminé l'infection dans le derme. Les cas ne sont pas rares où l'on a observé à la suite de l'expression brutale d'un furoncle, de quelque région que ce soit, l'apparition, après quelques minutes, de grands frissons accompagnés d'une température atteignant ou dépassant 40°. On a pu voir d'autre part, sous les mêmes influences, se constituer un cordon veineux de phlébite dont le doigt peut suivre à travers les téguments, l'induration et le trajet, phlébite susceptible de rester limitée, de se résorber ou de s'abcéder localement, lorsque aucune manœuvre ne vient plus en favoriser la diffusion.

La même influence néfaste de ces dangereuses manipulations peut se retrouver au niveau du front comme ailleurs. En effet, dans l'obs. VII, Warlomont dit : « Ce furoncle, de petite proportion, le malade l'avait manipulé et pressuré dans la pensée de le faire avorter, mais il n'avait fait que l'irriter, le rendre douloureux, et bientôt s'y était manifestée une auréole érysipélateuse qui, le vendredi 13, occupait une partie de la face qu'on peut déterminer en disant qu'un masque loup l'aurait à peu près couverte ».

## CHAPITRE IV

### Pathogénie et Anatomie pathologique.

---

Comment la phlébite des veines orbitaires ou du sinus caverneux survient-elle au cours de l'évolution du furoncle du front, par quelle voie se propage l'infection, par quelles modifications anatomiques elle se manifeste chemin faisant dans le long parcours de la région frontale au sinus caverneux ?

#### 1° Pathogénie.

On a pu discuter sur les relations qui existent entre la phlébite du sinus caverneux, les thromboses orbitaires et les thromboses sous-cutanées du crâne :

a) Pour les uns, *au cours d'une infection générale, la phlébite se localiserait d'emblée au niveau du sinus caverneux*, à la fois carrefour et réservoir anfractueux où la circulation veineuse se trouve ralentie.

Du sinus caverneux, la thrombose s'étendrait vers les veines ophtalmiques et les veines faciales. En pareil cas, il conviendrait de considérer le furoncle, malgré son voisinage des veines thrombosées, comme une pure coïncidence, manifestation cutanée d'une infection générale. Nous ne nous arrêterons pas dans le cas particulier à cette opinion soutenable en d'autres circonstances.

b) Au cours de l'évolution d'un furoncle, *l'infection partit de ce furoncle lui-même se localiserait d'emblée au niveau du sinus caverneux*, par le mode que nous venons de décrire et se propagerait secondairement aux veines orbitaires. D'après cette deuxième hypothèse, le furoncle serait bien la source de l'infection, mais la thrombo-phlébite du sinus caverneux précéderait la thrombose des veines orbitaires. Cette hypothèse émise par M. le Professeur Rollet dans la thèse de Couette (Lyon 1920) semble valable pour les phlébites du sinus caverneux, secondaires aux infections des cavités de la face, mais ne nous paraît pas à retenir comme explication pathogénique pour les furoncles de la face.

c) *La propagation du furoncle au sinus caverneux, se ferait de proche en proche*. Il y aurait d'abord phlébite localisée au voisinage du furoncle, puis envahissement des veines ophtalmiques jusqu'au sinus caverneux, ou bien tout simplement embolie septique qui se ferait par la même voie. Cette dernière explication pathogénique nous paraît la plus vraisemblable; elle correspond mieux aux lésions constatées au cours des vérifications anatomiques.

Cependant, nous ne l'admettons pas sans discussion, car on aurait pu se demander, à la lecture des observations de Poland, où la lésion primitive fut un érysipèle de la face, de Reverdin, dans laquelle une suppuration de la jambe gauche fut la localisation, la première en date, de notre observation personnelle même où une infection puerpérale aurait pu être mise en cause, si le furoncle, manifestation cutanée de l'infection, et la phlébite des sinus caverneux, manifestation veineuse, n'étaient pas tous deux sous la dépendance de l'infection générale.

Ce sont les constatations anatomiques surtout, si nettement localisées dans le territoire conduisant du furoncle au sinus caverneux, qui nous permettent d'éliminer cette dernière hypothèse.

## 2° Anatomie Pathologique.

a) **La voie suivie par l'infection.** — Dans certains cas, c'est par les veines frontales que se propage l'infection (Dubreuil, Warlomont), mais dans d'autres cas aussi, la veine sus-orbitaire peut être seule envahie (Reverdin, Bonnet).

Il n'est pas sans doute impossible que la veine temporale ou même la veine pariétale anastomosées aux limites extrêmes de la région frontale avec les branches d'origine des veines frontales, puissent à l'occasion être les voies suivies par l'infection, mais nos observations ne nous ont pas fourni des cas de ce genre.

b) **Les manifestations anatomiques.** — Elles sont souvent cliniquement appréciables :

« De la partie moyenne du front part, de chaque côté, une saillie qui va en s'éloignant de celle du côté opposé, se terminer sur la partie moyenne de la région pariétale. Ces saillies affectent à peu près la disposition d'un V ouvert en haut? Elles sont plus grosses qu'une plume d'oie, sinueuses et fluctuantes dans toute leur étendue. Il est facile de reconnaître là, les veines fronto-pariétales distendues par un liquide. Au point où se termine en arrière la saillie de la veine pariétale droite, on aperçoit deux tout petits furoncles » (Obs. III, Dubreuil).

« Quelques-unes des veines du front étaient saillantes, et l'on pouvait de l'œil et du doigt en suivre la trainée » (Obs. VII, Warlomont).

Les vérifications anatomiques que l'on a cherché à faire de façon minutieuse, au cours de l'autopsie, ont révélé plusieurs particularités anatomiques dignes d'être notées :

1° *Phlébite propagée de proche en proche.* — La veine la plus voisine du furoncle, veine frontale ou sus-orbitaire, est le siège d'un caillot infecté, suppuré, ou même d'une masse de pus franc. Cette phlébite peut être suivie à la dissection de proche en proche vers l'ophtalmique supérieure par l'intermédiaire ou non de l'angulaire, puis au sinus caverneux ; le plus souvent des signes de suppuration ou d'œdème, de méningite, existent au voisinage de la phlébite du sinus caverneux, mais ce sont là des

manifestations banales, communes à toutes les phlébites caverneuses.

Dans toutes nos observations, la phlébite se propageait de façon continue sur toute la longueur de ce long parcours veineux.

Parfois l'infection semble à des stades différents, les veines frontales ou sus-orbitaires étant encore le siège de thrombus noirâtres, alors que du pus franc occupe le sinus caverneux (il faudrait se garder d'en conclure que l'infection du sinus caverneux a précédé celle des veines périphériques).

Le point le plus intéressant de l'anatomie pathologique est de savoir si la phlébite des veines frontales ou sus-orbitaires *reste unilatérale, ou existe toujours des deux côtés simultanément ou successivement* ; c'est un point capital susceptible d'orienter la thérapeutique ou de rendre vaine toute intervention.

Il n'est pas rare que les deux veines ophtalmiques soient le siège d'une thrombose, cela ne veut pas dire fatalement que la phlébite ait franchi au niveau du front ou de la racine du nez la ligne médiane, car il n'est pas impossible que la veine ophtalmique du côté opposé ne soit atteinte de thrombose que secondairement à la phlébite du sinus caverneux qui est toujours bilatérale. La propagation se ferait ainsi : veine frontale, veine ophtalmique du même côté, sinus caverneux, veine ophtalmique du côté opposé.

Le fait clinique que les accidents oculaires ne sont pas simultanés des deux côtés, mais que ceux qui apparaissent du côté opposé à la lésion retardent de deux ou trois jours sur les phénomènes orbitaires

du même côté que la lésion, semblerait pouvoir être interprété dans ce sens ; mais on pourrait aussi bien dire que la phlébite de la veine frontale du côté du furoncle se propage directement à la veine ophtalmique supérieure du même côté, puis une fois les affluents collatéraux ou les anastomoses envahis par la thrombose au niveau de l'angle de l'œil, comme nous l'avons observé dans notre cas où la suppuration se propageait le long de la veine faciale, l'infection se transmet à la veine angulaire ou à l'ophtalmique du côté opposé. Il y a là un point délicat à établir par des recherches systématiquement conduites dans ce but particulier, et que nos observations n'ont pas permis d'élucider.

2° *Périphlébite.* — Il peut être intéressant de noter, au point de vue thérapeutique, qu'il existe souvent une inflammation périphlébitique :

a) *Exsudation séreuse.* — Elle se rencontre principalement dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Poland (obs. II) signale l'existence de cette exsudation inflammatoire de mauvais aspect imbibant le tissu cellulaire rétro-bulbaire.

Le Dentu (obs. IV) note que le tissu cellulo-graisseux de l'orbite est infiltré de sérosité, et présente des troubles manifestes d'inflammation dans le voisinage des veines.

b) *Abcès périphlébitiques.* — Le Dentu signale que l'on trouvait également du pus dans le tissu cellulo-adipeux des orbites autour des veines ophtalmiques.

Dans notre observation personnelle, il existait à la région frontale et dans l'orbite de tout petits abcès miliaires disséminés autour de la veine et renfermant du pus franc.

Dans l'observation de Dubreuil, « le bistouri enfoncé à 2 cm. de profondeur au-dessus et en dehors du globe oculaire, donna issue à du pus phlegmoneux et bien lié », la guérison s'ensuivit.

---

## CHAPITRE V

### Evolution clinique.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre la symptomatologie de la phlébite des veines orbitaires ou du sinus caverneux, nous nous contenterons de signaler quelques particularités qui intéressent directement les furoncles de la région frontale.

a) *Date d'apparition des accidents phlébitiques.* —

Il serait très intéressant de pouvoir indiquer vers quelle époque de l'évolution du furoncle sont susceptibles d'apparaître les accidents veineux ; à quel moment le risque de cette redoutable complication peut sembler écarté. Nous manquons d'éléments d'appréciation : deux observations seulement sont précises à ce point de vue, celle de Warlomont, où les accidents de diffusion dans le derme survinrent au quatrième jour, et où la phlébite était installée au septième jour et peut-être avant, et notre observation personnelle où les accidents phlébitiques firent leur apparition du cinquième au sixième jour.

b) *Les premiers symptômes d'envahissement du*

système veineux se manifestent localement : la tuméfaction et surtout la sensation tactile d'un cordon induré et douloureux, allongé dans une direction qui paraît être celle de la veine, est un symptôme de première importance ; la douleur à distance du furoncle par une pression prudente de la région intersourcilière ou immédiatement au-dessus du trou sus-orbitaire, serait un symptôme important, mais déjà plus tardif. Nous établissons ces données cliniques par analogie avec ce qui a pu être observé au cours des furoncles de la lèvre, plutôt que par nos observations qui toutes se rapportent à des cas de phlébite confirmée.

c) *A la période de phlébite confirmée*, la dilatation, la coloration, la tuméfaction douloureuse des veines frontales ou sus-orbitaires, restent des symptômes excellents ; les autres symptômes sont ceux de la thrombo-phlébite orbitaire, puis de la phlébite du sinus caverneux, qui sont peu différents des symptômes de ces phlébites survenues sous l'influence d'autres causes, et dont nous n'entreprendrons pas la description.

d) *Evolution*. — La thrombo-phlébite occasionnée par les furoncles est une affection d'une extrême gravité ; elle semble presque toujours mortelle lorsque les symptômes sont ceux d'une phlébite du sinus caverneux, mais nous pensons qu'il y a des phlébites limitées au territoire des veines frontales susceptibles de résolution, susceptibles aussi d'évoluer sur place vers la suppuration. Même lorsque les phénomènes phlébitiques sont étendus à l'orbite, il est

possible d'observer une limitation telle, dans la marche habituellement progressive vers le sinus caverneux, qu'elle permet la formation d'abcès périphlébitiques, et même la collection d'un phlegmon de l'orbite dont l'ouverture est susceptible d'entraîner la guérison. Dubreuil (Obs. III).

---

## CHAPITRE VI

### Traitement.

Nous n'aborderons pas ici le traitement chirurgical de la thrombo-phlébite du sinus caverneux confirmée, par une intervention portée sur le sinus caverneux lui-même ; nous ne nions pas que les interventions proposées par Robineau et les heureuses modifications, telles que celles apportées par Luc, ne soient susceptibles de donner dans les cas exceptionnels, un succès thérapeutique inespéré, mais nous nous sommes convaincus, à la lecture des compte-rendus d'autopsie, de l'inutilité de semblables tentatives.

La bilatéralité constante des lésions du sinus caverneux, les lésions méningées de voisinage, les propagations à distance de la thrombose dans les sinus veineux crâniens, suffiraient, mise à part la difficulté extrême de l'abord chirurgical du sinus caverneux, à convaincre de l'inanité de pareille chirurgie.

Aussi, croyons-nous que c'est vers une thérapeutique préventive que l'on doit tendre.

a) *Thérapeutique préventive.* — Certains principes peuvent être bien établis :

L'extrême danger de toute expression intempestive, de toute manœuvre incomplète sur le furoncle, doit conduire à interdire au malade et à son entourage, la moindre palpation du furoncle. C'est là une règle de thérapeutique formelle, applicable à tous les furoncles. Toutes les fois qu'il s'agit de la face, il sera de la plus élémentaire prudence d'ordonner le repos au lit, l'immobilité absolue en position étendue et dans une obscurité empêchant toute lecture. Le repos musculaire complet, le repos intellectuel, la chaleur du lit, la sudation provoquée sont des adjuvants au premier chef de la guérison des furoncles de la face.

L'ouverture précoce du furoncle par une incision cruciale faite par transfixion, de façon à éviter la diffusion provoquée par la pression, complétée par l'étalement des lèvres cutanées, telle que nous l'avons vue pratiquer habituellement par M. le Professeur Tixier, semble devoir mettre à l'abri, dans une certaine mesure, des complications veineuses. C'est là du moins un point nettement établi pour les furoncles de la face en général.

b) *Thérapeutique curatrice.* — La phlébite, lorsqu'elle se manifeste déjà localement au voisinage du furoncle, peut-elle être arrêtée dans sa marche progressive vers les veines ophtalmiques ?

C'est là le point le plus intéressant de la thérapeutique chirurgicale, car c'est à ce moment au

plus tôt que le chirurgien peut être appelé à conseiller une indication thérapeutique. Nous avons dit que la phlébite localisée se manifeste essentiellement par une induration douloureuse le long du trajet de la veine, et qu'elle peut s'arrêter net pendant au moins un certain temps, à peu de distance du furoncle ; c'est alors la route qu'il faut barrer à l'infection. C'est là que la méthode thérapeutique proposée par M. le Professeur Tixier pour les furoncles de la face (*Société des Sciences Médicales de Lyon, Juillet 1903*) semble devoir trouver son application : *la ligature de l'angulaire au début des phlébites consécutives aux furoncles de la lèvre supérieure.*

Dans le cas particulier des furoncles de la région frontale, c'est à *la ligature de la veine frontale ou de la veine sus-orbitaire*, qu'il faudrait avoir recours de préférence, car dans cette région la phlébite a une tendance particulière, du fait des anastomoses, à envahir l'orbite des deux côtés. Il est probable cependant que cette ligature pourrait être reportée dans l'orbite jusqu'à l'origine de l'ophtalmique supérieure dans les cas où on aurait la conviction d'arriver trop tard par une simple ligature de la frontale ou de la sus-orbitaire.

Nous rappelons *le barrage au thermo-cautère* pratiqué dans la région inter-sourcilière par Lancial ; en dehors des cas où la ligature se présente comme la méthode de choix, c'est certainement à cette intervention qu'il conviendrait d'avoir recours, en particulier dans les cas où l'on redoute l'atteinte bi-latérale des veines de l'orbite. On pourrait utilement la

compléter par un barrage latéral obtenu à l'aide de pointes de feu au niveau de tous les points anastomotiques visibles à travers les téguments. Nous nous demandons si l'ouverture longitudinale des veines atteintes de phlébite suppurée, sur toute la longueur de leur territoire infecté, ne pourrait pas être un mode de drainage à rechercher.

Lorsque la phlébite est constituée et a déjà atteint les veines orbitaires, n'y a-t-il pas d'autres thérapeutiques à proposer que l'intervention directe sur le sinus caverneux ?

Nous avons décrit la fréquence à côté de la phlébite proprement dite, des abcès péri-phlébitiques et la possibilité pour ceux-ci de se collecter en un phlegmon de l'orbite.

L'incision dans l'orbite au-dessus et en dehors du globe de l'œil, donnant issue à l'extérieur au pus, est susceptible d'amener la guérison. Même dans les cas où la phlébite n'est entourée que d'abcès miliaires du tissu cellulo-graisseux, il peut sembler utile d'intervenir directement sur le tissu cellulaire de l'orbite pour ouvrir les abcès miliaires, créer une *voie de décharge* à l'infection.

C'est la conduite qui fut suivie par M. le Professeur agrégé Bonnet dans notre observation personnelle ; quelques abcès miliaires furent ainsi ouverts, mais l'infection était déjà profonde au niveau des sinus caverneux, rendant cette intervention inutile.

Malgré tout, nous proposons dans la poursuite de l'infection, même lorsqu'elle a atteint le sinus caver-

neux, une intervention de décharge par voie orbitaire, ayant pour but d'ouvrir les abcès péri-phlébitiques et même la veine ophtalmique supérieure dont la simple section en travers semble à priori, pouvoir exercer une heureuse influence.

Rappelons comme méthode thérapeutique palliative, les heureux effets que l'on est en droit d'attendre de la ponction lombaire.

Peut-être sommes-nous en droit d'espérer que les méthodes nouvelles de vaccination, apporteront un jour une atténuation dans la gravité de cette terrible complication des furoncles de la face.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Les furoncles du front sont susceptibles, au même titre que les furoncles de la face, de se compliquer de phlébite des veines orbitaires et du sinus caverneux.

II. — Cette infection semble se propager de proche en proche vers les veines de l'orbite par la voie de la veine frontale et de la veine sus-orbitaire.

La phlébite des veines orbitaires est souvent bilatérale en raison des anastomoses qui transforment la région inter-sourcilière en un delta veineux.

III. — La phlébite de la veine frontale ou de la veine sus-orbitaire est le premier stade de cette infection. La phlébite de l'ophtalmique supérieure s'accompagne fréquemment d'abcès miliiaires dans le tissu celluleux de l'orbite, susceptibles de se collecter en un volumineux abcès.

IV. — Au point de vue thérapeutique, nous croyons qu'il faut renoncer le plus souvent à l'intervention directe sur le sinus caverneux et donner le

choix, lorsque l'infection est encore limitée aux veines frontales et sus-orbitaires, à la ligature de la veine intéressée le plus près possible de l'orbite ; lorsqu'elle s'étend déjà aux veines orbitaires, il convient de s'adresser au barrage au thermo-cautère proposé par Lancial.

Nous proposons l'ouverture par voie orbitaire des abcès périphlébitiques, même cliniquement inappréciables, et l'ouverture par cette même voie de la veine ophtalmique supérieure.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
TIXIER.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,  
Jean LÉPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Lyon, le 7 mars 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

ABERCROMBIE. — *Traité des maladies de l'encéphale*, 1818.

BLACHEZ. — Phlébites compliquant certaines affections de la face. (*Gaz. hebdomadaire*, 1863, et *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 1880, p. 8).

BOITEUX. — *Progrès Médical*, 1879.

BORGE. — Thrombo-phlébites des sinus caverneux. (Thèse de Montpellier, 1909-10).

BOUCHUT. — *Gazette Médicale*, 1845.

CANGE et ABOULKER. — *Annales d'Oto-Rhino-Larynx*, 1909.

CASSOU. — De la Phlébite des veines ophtalmiques. (Thèse de Paris, 1857).

CASTELNAU et DUCREST. — *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, 1846, p. 158.

COUETTE. — Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite orbitaire. (Thèse de Lyon, 1920).

COUPLAND. — 25 observations de thrombose des sinus caverneux. (*Ophthal. Society's Transac.*, 1886).

CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, 1852, tome II.

DENUCE. — Des formes malignes du furoncle et de l'anthrax. (*Congrès Médical de Bordeaux*, 1865).

DESCAZALS. — Thèse Paris, 1897-98.

DOYEN. — Académie de Médecine, 29 juillet 1902.

DUBREUIL. — Thrombose des sinus caverneux. (*Gazette hebdomadaire*, novembre 1863).

- DUPLAY. — (*Archives Générales de Médecine*, p. 348, 1874).
- FESTAL. — Recherches anatomiques sur les veines de l'orbite.  
Leurs anastomoses avec les veines des régions voisines. (Thèse Paris, 1887).
- GAILLARD. — Contribution à l'étude de la phlébite des veines ophtalmiques. (Thèse Paris, 1886-87).
- GILLET. — De la thrombo-phlébite des veines ophtalmiques. (Thèse Paris, 1905).
- GURWITCH. — Ueber die Anastomosen zwischen den Gesichtz und Orbital-Venen. (*Arch. f. Ophtalm.*, 1883).
- KNAPP. — Thrombose des sinus. (*Arch. f. Ophtalm.*, 1868, tome XIV).
- LABATTUT. — Anthrax et furoncles de la face. (Thèse Paris, 1874-75).
- LANCEREAUX. — Thèse Paris, 1862.
- LANCIAL. — De la Thrombose des sinus de la dure-mère. (Thèse Paris, 1888).
- Congrès de Chirurgie, Paris, 1895.
- DE LAPERSONNE. — Phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des sinus caverneux. (*Arch. d'Ophtalm.*, 1885, p. 436), *Gazette des Hôpitaux*, 1904, p. 366.
- LEBER. — Klinisch ophtalmologische Miscellen. (*Arch. f. Ophtalm. an.* 26, p. 212).
- LE DENTU. — Phlébites des sinus du crâne consécutives à des furoncles de la face. (*Gazette hebdomadaire*, 1865).
- MAUGER-LAVENTE. — Des phlegmasies furonculeuses. (Thèse de Paris, 1863).
- MENZIES et POPE. — Thrombose des sinus caverneux. (*British Medical journal of London*, 1905, p. 1520).
- MORAX. — Thrombo phlébite orbitaire. (*Soc. Franç. Ophtalm.*, 1905).
- NADAUD. — Sur les furoncles de la face. (Thèse Paris, 1864).
- PANAS. — Diagnostic d'une thrombose des veines ophtalmiques et du sinus caverneux. (*Semaine Médicale*, 1885, p. 255).
- POLAND. — *Ophtalm. Hospit. Report*, 1857.
- REVERDIN. — Recherches sur les causes de la gravité particulière des anthrax et des furoncles de la face. (*Arch. générales de Médecine*, 1870).

ROBINEAU. — Thèse Paris, 1897-98.

ROLLET. — Thrombo-phlébite orbitaire. (*Encyclopédie Franc. d'Ophtal.*, 1909, p. 154).

TERSON. — Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées. (*Revue d'Ophtal.* 1893).

TIXIER. — *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lyon*, (juillet 1903).

TONNELÉ. — *Journal hebdomadaire de Médecine*, 1829, tome 5.

TRUDE. — De la mort prompte dans les furoncles de la face. (*Schmidt's Jahrbuch*, 1861).

WARLOMONT. — Cas d'ophtamitis phlébitique. (*Annales d'oculistique*, 1871).

VILLARD. — Contribution à l'étude des suppurations de l'œil et de l'orbite consécutives aux affections des régions et cavités voisines. (*Arch. d'Ophtal.*, 1895).

VON DUSCH. — On Thrombosis of the cérébral sinus. (*The New-Sydenham Society*, 1861).

---



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                                                                                             | Pages |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION.....                                                                                                                                                                           | 9     |
| CHAPITRE PREMIER. — Les furoncles du front, au même titre que les furoncles de la face, sont susceptibles de se compliquer de phlébite des veines orbitaires et du sinus caverneux. . . . . | 12    |
| CHAPITRE II. — Dans quelles proportions les furoncles du front sont-ils susceptibles d'entraîner cette redoutable complication ? . . . . .                                                  | 31    |
| CHAPITRE III. — Est-il possible, étant donné un furoncle de la région frontale, de prévoir l'apparition des complications veineuses ? . . . . .                                             | 33    |
| CHAPITRE IV. — Pathogénie et anatomie pathologique.                                                                                                                                         | 39    |
| CHAPITRE V. — Evolution clinique.....                                                                                                                                                       | 46    |
| CHAPITRE VI. — Traitement.....                                                                                                                                                              | 49    |
| CONCLUSIONS. . . . .                                                                                                                                                                        | 54    |
| BIBLIOGRAPHIE... . . . .                                                                                                                                                                    | 57    |



---

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN

---





